

Opplysninger:

Henviser :	Telefon:
Fastlege:	Legekontor/adr.

Ved forespørsel per telefon: (kun til internt bruk BFH)

Dato:	Mottatt av:
-------	-------------

Tjenester:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fysioterapi- og ergoterapitjenester | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie |
| <input type="checkbox"/> Flyktningetjenester | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjonen / jordmor | <input type="checkbox"/> Middagsombringning |
| <input type="checkbox"/> PPT-utredning / sakkyndig vurdering | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse / boveiledning | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt / Avlastning | <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent |
| <input type="checkbox"/> Barnevern Skjemaet sendes til: Interkommunal barnevern, Orkdal Rådhus, 7301 ORKANGER | |
| <input type="checkbox"/> Annet | <input type="checkbox"/> Dagsenterplass |
| <input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering | <input type="checkbox"/> Ledsagerbevis |

Opphold på Rossvollheimen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsopphold | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold |
| <input type="checkbox"/> Utrednings – og eller behandlingsopphold | <input type="checkbox"/> Dagopphold på Aktiviteten |
| <input type="checkbox"/> Avlastningsopphold | <input type="checkbox"/> Dagopphold – personer med demens |

Underskrift:

Vi/Jeg samtykker i henvisningen og samarbeid mellom følgende tjenester:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fysio- og ergoterapiavdelingen | <input type="checkbox"/> Flyktningetjenesten | <input type="checkbox"/> Helsestasjon / jordmor |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse / Boveiledning | <input type="checkbox"/> PPT | <input type="checkbox"/> Støttekontakt / avlastning |
| <input type="checkbox"/> Legekontoret | <input type="checkbox"/> Barnevern | <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten |
| <input type="checkbox"/> Rossvollheimen / Institusjon | <input type="checkbox"/> NAV | <input type="checkbox"/> Andre |
| <input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering | |

Dato og sted

Underskrift
